

TEXTOS DE APOIO

Ciências Sociais 2

JUAN C. GARCÍA

ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

SAUL FRANCO-AGUDELO

SAÚDE E IMPERIALISMO: A AÇÃO ANTIMALÁRICA NA AMÉRICA LATINA E A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER

HARRY CLEAVER

A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE PÚBLICA E A MALÁRIA



PEC/ENSP

abrasco

Este trabalho é publicado
pelo Programa de Educação Continuada
da Escola Nacional de Saúde Pública (PEC/ENSP)
e pela Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva (ABRASCO), com recursos
doados pela W. K. Kellogg Foundation

Rio de Janeiro, julho de 1984.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente: Guilardo Martins Alves

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Diretor: Arlindo Fábio Gómez de Sousa

Vice-Diretor: Luis Fernando Ferreira da Silva

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Coordenador: Arlindo Fábio Gómez de Sousa

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO)

Presidente: Hésio de Albuquerque Cordeiro

Vice-Presidentes: José da Rocha Carvalho

Francisco Eduardo Campos

Tesoureiro: Tania Celeste Matos Nunes

Secretário Executivo: Paulo Marchiori Buss

COMISSÃO EDITORIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Everardo Duarte Nunes - (DMPS - FM/UNICAMP)

Jairnilson da Silva Paim - (DMPS - FM/UFBA)

Nilson do Rosário Costa (Coordenador) - (ENSP - FIOCRUZ)

Silvério Tundis - (FUA)

Sonia Fleury - (EBAP - FGV/RJ)

TEXTOS DE APOIO - CIÊNCIAS SOCIAIS nº 2

Organização e Seleção: Nilson do Rosário Costa

Tradução: Eliana Sabino

Revisão Técnica: Nilson do Rosário Costa

Datilografia: Valéria da Silva e Vânia C. Dornellas

Revisão: Maria Ângela Cançado

Projeto Gráfico: Miriam Struchiner

Arte Final: Fernando José Vasconcelos da Silva

Produção Gráfica: Ney Pereira Simões

HARRY CLEAVER

A ECONOMIA POLÍTICA
DA SAÚDE PÚBLICA
E A MALÁRIA

Referência

Harry Cleaver. "Malaria and the Political Economy of Public Health", em International Journal of Health Services, volume 7, número 4, 1977, p. 557-579

A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE PÚBLICA
E A MALÁRIA
Harry Cleaver

Depois de mais de uma década de crescente controle, a malária teve um dramático recrudescimento na década de 70. Mais preocupante ainda é a insuficiência da reação governamental, apesar dos apelos dos agentes da saúde pública e da disponibilidade de recursos. O presente artigo procura compreender esse descontrole, através da história da economia política da saúde pública e da análise da atual crise econômica internacional. Se examinarmos vários episódios na história do controle da malária e nos programas de saúde pública afins, veremos como eles desempenharam papéis e foram definidos no interior de uma série de conflitos sociais e políticos. Esses conflitos incluíram: perturbações agrárias no sul da América, expansão colonial no Terceiro Mundo, revolução camponesa na China, a Guerra Fria e toda uma série de tumultos urbanos e rurais a favor e contra o desenvolvimento no período posterior à 2ª Guerra Mundial. Um exame da atual crise mundial sugere que se trata de outro desses períodos de conflito social - e no qual vários setores capitalistas e vários governos estão tentando restaurar as condições de crescimento e acumulação que foram rompidas no final da década de 60 por um ciclo internacional de instabilidade social. Permitir que a malária se espalhe, como permitir que a seca e as enchentes se transformem em fome, aparece assim como um uso de facto

da "natureza" para a recuperação do controle social. Essas circunstâncias provocam perguntas sérias, tanto da parte do público em geral quanto dos sanitaristas, a respeito dos meios mais eficientes para que essa tendência seja invertida.

O atual recrudesimento epidêmico da malária em muitas áreas do mundo provoca algumas perguntas difíceis sobre a política da saúde pública e a posição dos trabalhadores no setor. Essa doença, debilitante e às vezes fatal, espalhando-se na Ásia, na África e em parte da América Latina, traz sofrimento e às vezes a morte a literalmente milhões de pessoas. Quando tomei consciência desse fato, minha primeira reação foi de perguntar até que ponto ia a seriedade dessa expansão da doença, e a segunda foi perguntar se, à luz da longa história de expansão dos serviços de saúde pública, essa erupção era apenas um infeliz retrocesso, prontamente controlado pelos governos locais e pelos órgãos internacionais. Quando procurei as respostas a essas perguntas em publicações e dados da Organização Mundial de Saúde, em outros órgãos de saúde e em comentaristas internacionais, descobri não apenas que a exacerbação da malária era bem espalhada e severa, mas também que as medidas tomadas para conter esse crescimento eram grosseiramente inadequadas. E, mais ainda, achei nada convincentes os argumentos da desorganização administrativa e dos recursos limitados, que foram apontados como desculpas para essa inadequação. Em vez disso, o que as evidências sugerem é o fato desagradável de que os governos são responsáveis em muitos países por um descontrole de facto da malária. Às vezes até intencionalmente, contra os interesses públicos e os protestos dos especialistas em malária e outros que trabalham em saúde pública.

A seguir, a pergunta inevitável é: por que? Por enquanto só posso oferecer uma tentativa de resposta, baseada mais na análise da história da economia política da saúde pública e do caráter geral da atual crise econômica internacional do que em informações diretas sobre os motivos ocultos dos governos e dos auxiliares estrangeiros, que até agora se re-

cusaram a tornar acessíveis as informações existentes. O exame da história da saúde pública revela, no entanto, muita coisa sobre esses motivos, e mostra como o desenvolvimento de programas de saúde pública são intimamente ligados aos interesses da empresa privada. Como resultado disso, os programas de saúde pública tem sido parte integral de tentativas de garantir a ordem social e a acumulação de capital - às vezes contra as lutas dos povos por melhores condições de vida. O estudo da atual crise mundial sugere que ela é uma tentativa, por parte de vários setores capitalistas e governos, de chegar a um acordo a respeito de uma nova estrutura econômica internacional, restabelecendo as condições de crescimento e acumulação que foram rompidas na década de 60 por um ciclo internacional de instabilidade social, demandas explosivas de salário/renda e estagnação da produtividade.

Juntando essas duas peças de história econômica política, sou levado a responder ao "Por que?" com a hipótese provisória de que a disposição dos governos e dos interesses locais e internacionais a permitir que a malária se espalhe em certas áreas do mundo faz parte do opressivo subdesenvolvimento dessa áreas, que é indispensável para a reestruturação mundial em curso. Essas circunstâncias sugerem, primeiramente, que, se os motivos para o descontrole da malária são políticos, então essa política só pode ser combatida por aqueles que sofrem as consequências ao nível político. Além disso, se o contexto é de reestruturação mundial, então o nível de reação política deve ter expressão internacional.

Em segundo lugar, essas circunstâncias trazem também perguntas difíceis para as pessoas envolvidas no controle da malária e na saúde pública em geral. Se, por um lado, seus interesses estão nas metas humanitárias de seus programas e nas condições de trabalho e salariais associadas a esses programas, e se, por outro lado, o apoio para esses programas depende primariamente de fatores políticos, então é preciso considerar a possibilidade de recorrer à ação política "não-profissional", juntamente com outras, na luta pela ampliação

dos programas, nos períodos em que os programas são cortados ou abandonados à estagnação apesar da crescente necessidade.

A seguir, faço um esboço da base estatística, histórica e analítica das conclusões precedentes. Na primeira parte, delineio o recrudescimento da malária, a inadequação das medidas, e as razões pelas quais são pouco convincentes os argumentos oferecidos para explicar essa inadequação. Há em seguida um esboço incompleto, porém instrutivo, de parte da história política da saúde pública ao longo da década de 60. Na seção seguinte, tiro desse material histórico algumas conclusões gerais e sugiro uma perspectiva dentro da qual as experiências estudadas poderão ser entendidas de maneira útil e em termos da qual possamos examinar a crise atual e o lugar da malária dentro dela. Finalmente faço a análise dessa crise, sugerindo que são parte integral dela as estratégias de subdesenvolvimento o que constitui a base para a hipótese de que o descontrole da malária não é um descuido, mas talvez uma política de repressão.

A SITUAÇÃO ATUAL DA MALÁRIA

As principais áreas de recrudescimento recente da malária são o sul e o sudeste da Ásia. De longe os aumentos mais dramáticos ocorreram na Índia e no Paquistão. Na Índia, a incidência da doença aumentou regularmente entre 1962 (62.000 casos) e 1969 (349.000 casos), e então explodiu, expandindo-se até 4.200.000 casos em 1975¹. Prevê-se que essa cifra aumentará para 10 milhões em 1978². No vizinho Paquistão, a United State Agency for International Development (USAID) informa que o número de casos de malária já subiu para 10 milhões em 1974, de 9.500 em 1968 e 108.000 em 1971³. A Organização Mundial de Saúde⁴, Farid⁵, Brown, etc.⁶, também informam sérios aumentos da malária durante a década de 70, em Afeganistão, Sri Lanka, Nepal, Bangladesh, Birmânia, Tailândia e

Indonésia. Vários países da América Central (Honduras, El Salvador, Costa Rica) e um no Caribe (Haiti) também experimentaram uma séria expansão da doença. Na área mais malária do mundo - a África ao sul do Saara - a incidência tem aumentado mais devagar, mas já estava em nível muito alto na década de 60. Em outras áreas, no entanto, tais como o Oriente Médio e a América do Sul, muitos países permaneceram livres da doença, ou fizeram progresso em sua erradicação.

Quando estudamos historicamente esses acontecimentos, vemos que eles constituem uma inversão das antigas tendências estabelecidas pelo sucesso dos programas de controle e erradicação das décadas de 50 e 60. Esses programas, cuja história está resumida em Brown e outros e contada em Russell⁷, baseavam-se no uso de novos produtos químicos, desenvolvidos durante a Segunda Guerra Mundial, e sua abordagem básica era o tratamento dos doentes com drogas antimaláricas e a pulverização com DDT das paredes internas das casas, para matar os mosquitos que levam o parasita da malária, e assim interromper a transmissão da doença.

Em 1955, em meio a grande entusiasmo pelos programas, a comunidade internacional de saúde pública, inclusive a OMS, declarou que a erradicação da malária era possível tecnicamente, e deveria substituir o objetivo, mais limitado, de controle da malária. Na metade da década de 60, a erradicação completa tinha sido estendida dos Estados Unidos e da Europa Ocidental à maior parte da União Soviética, aos países da Europa Oriental e a alguns do Terceiro Mundo. Um controle bastante abrangente foi instituído em muitos outros, inclusive a Índia e o Paquistão. A incidência global nesse período foi reduzida, de cerca 300 milhões de casos de 1946 para mais ou menos 120 milhões no final da década dos 60, numa população que dobrara de tamanho. Apenas os países da África negra subsaariana continuavam a dispor, na melhor das hipóteses, de programas de controle muito limitados ou, frequentemente, de nenhum. Este é o cenário no qual o atual surto violento de malária deve ser considerado um recrudesci-

mento traumático a partir de níveis que durante anos vinham sendo baixos e em declínio. Para muitos especialistas em malária e trabalhadores em saúde pública, isso equivale a ver o trabalho de suas vidas inteiras indo por água abaixo. E para as pessoas nessas áreas onde aumentou a incidência de malária, é um dramático ataque a seu bem estar.

Esse recrudesimento não passou despercebido. Ele recebeu considerável publicidade nos países onde ocorreu e na comunidade internacional da saúde. Nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde tem denunciado repetidamente o recrudesimento da doença. Em 1975, o Diretor Geral da OMS, Halfdan Mahler aludia a uma "situação geral de piora" na incidência mundial da malária, cujo "núcleo de deterioração" estava na Ásia⁸.

A primeira reação, tanto da OMS quanto dos governos locais, foi financiar pesquisas sobre as razões para o recrudesimento e os meios necessários para sustá-lo. Os fatores citados pelos estudos da OMS^{4, 5} como responsáveis eram múltiplos, mas incluíam principalmente: a crescente resistência de mosquitos e parasitas aos produtos químicos e às drogas; inadequada administração de programas, pesquisa, treinamento, precário suprimento de produtos químicos e drogas, ausência de infraestrutura de serviços de saúde; falta de componentes de controle da malária em projetos de desenvolvimento hidráulico e condições sócio-econômicas subdesenvolvidas. Segundo os especialistas em malária que consultei, esses relatórios fizeram um bom trabalho de apontar os fatores relevantes no recrudesimento.

Se olharmos com atenção, podemos ver que, embora complexos e interagindo uns com os outros, esses fatores são resultado de um financiamento insuficiente. Pode-se conseguir, com necessário financiamento, produtos químicos, drogas, clínicas e veículos, treinamento, boa administração, pesquisa, desenvolvimento e assessoria da saúde em projetos hidráulicos. Apenas a resistência de mosquitos e parasitas parece ser um

problema "puramente técnico". Mas mesmo nesse caso o problema é consequência de controle prolongado ou de esforços de erradicação inadequados (por falta de financiamento). E pode ser anulado pela expansão da pesquisa e outros aspectos do programa. O caso é que o recrudescimento aparece não apenas em programas inadequados, mas em programas que são inadequados principalmente por falta de fundos. Os estudos da OMS naturalmente mostraram o papel chave desse falta de financiamento, e pediram esforços renovados. Os resultados dos estudos em alguns países foram similares, tanto a respeito das causas quanto da cura⁹.

Quais foram os resultados desses estudos e recomendações? Eles foram variados, naturalmente, de país para país, mas em geral podemos dizer que embora tenha havido um pequeno aumento nos investimentos e alguma expansão no controle, a maior parte das recomendações dos vários estudos foi ignorada, e o que foi feito era insuficiente para baixar a incidência da malária aos níveis anteriores; em alguns casos nem mesmo se conseguiu interromper o aumento. Na Índia, por exemplo, aconteceu exatamente esse último caso. A princípio, os gastos do Governo aumentaram de 13 milhões de dólares em 1968 para 22 milhões de dólares em 1971. Isso diminuiu a marcha de expansão da doença. Mas novos cortes reduziram a verba para 14 milhões de dólares em 1973, apesar da renovação da aceleração da expansão⁹. Em 1974-75, os gastos seriam aumentados, mas somente para 23-29 milhões de dólares, apesar dos apelos de funcionários como o Dr. Coluthur Gopalan¹⁰, chefe do Indian Council of Medical Research, e apesar das recomendações de um comitê especial, no sentido de que era necessário um gasto mínimo de 81 milhões de dólares¹¹. Em Nepal, Bangladesh, Birmânia e Indonésia, entre outros países, encontramos histórias semelhantes de insuficiente apoio.

Neste ponto devemos observar que os recursos fornecidos pelos órgãos internacionais tais como a USAID, o Children's Fund das Nações Unidas e a Organização Pan-Americana de Saúde vêm diminuindo, juntamente com aqueles dos governos na-

cionais, ao longo dos últimos anos. Somente a OMS continua a fornecer serviços de assessoria substanciais em escala internacional (A). Tudo isso diante de uma incidência global que cresce quase continuamente, e apesar dos protestos dos funcionários de saúde pública responsáveis pelos programas.

O quadro completo nos parece claro. Não apenas o grande recrudescimento da malária não foi combatido com suficientes recursos para controlá-lo, mas também parece ter havido uma redução geral nos recursos necessários a nível nacional e internacional. Já em 1969-70 era óbvio que um número crescente de governos do Terceiro Mundo estavam fugindo a seus compromissos com a erradicação da malária e reduzindo suas metas a um vago nível de controle. Em 1972, esse movimento provocou uma conferência e um relatório da OMS ¹², com o política e linguisticamente bizarro título de "Conferência Inter-Regional da OMS sobre Controle da Malária em Países onde a Erradicação da Malária em Tempo Limitado é Impraticável no Momento". Foi um modo diplomático e ilusório de dizer que, na atual conjuntura, os recursos necessários para libertar da malária a população desses países não estarão disponíveis local ou internacionalmente, num futuro previsível.

Nessas circunstâncias deve haver seguramente razões claras para isso. Certamente os órgãos ligados à malária podem oferecer razões por que os programas agora estão sendo abandonados ou deixados sem recursos depois de mais de uma década de esforços de erradicação geralmente bem sucedidos. Uma das desculpas freqüentes é que a falta de financiamento resulta da superotimista redução da atenção diante dos sucessos do programa e das exigências de outros programas - especialmente os de controle da natalidade. Esse argumento pode ter algum valor como explicação para a primeira fase do recrudescimento. É sempre agradável colocar a culpa na ineficiência burocrática ou na ingenuidade. No entanto, temos que observar primeiramente que eram bem conhecidos pelas partes responsáveis os perigos de não se manterem os programas - ingenuidade é assim inaceitável. Em segundo lugar, a

ineficiência burocrática só poderia explicar o período inicial, quando um relaxamento nos programas poderia facilitar um recrudescimento. Mas uma vez o fenômeno iniciado, anunciado, e publicados os relatórios, a pergunta que permanece é por que os recursos subseqüentes foram tão escassos.

Uma segunda razão oferecida pelos governos envolvidos são as generalizadas limitações orçamentárias. Eles alegam que os programas são caros demais, e estão ficando ainda mais caros sob o impacto da inflação global da década de 70. Além do fato de se esperar que, mesmo sendo caros os programas, os governos envolvidos poderiam remanejar recursos de outros programas menos urgentes para cuidar desse enorme problema de sofrimento humano, podemos perguntar também se na realidade a erradicação da malária é tão cara. Um exame do relatório da OMS e outros⁹ sugere que não é. Mesmo onde o custo per capita da população protegida está aumentando, o nível absoluto geralmente permanece muito baixo: de menos de 10 centavos de dólar a mais ou menos cinquenta. Mesmo se os gastos nesses países dobrassem ou até, em certos casos, triplicassem, o custo per capita ainda seria menor que um dólar (B). Não, o custo dos programas, como a desorganização administrativa, é uma explicação insuficiente e nada convincente.

O simples fato é que os recursos necessários estão dentro das possibilidades dos órgãos locais e internacionais, que simplesmente não se dispuseram a fornecer esses recursos. Para os que ainda duvidam, vou citar, nada mais, nada menos, que a própria USAID. Em um estudo interno² completado em 1976 a situação é sucintamente resumida:

"As causas do recrudescimento da malária estão intimamente ligadas à recusa dos governos em fornecer os recursos necessários, quando na verdade esses recursos existiam. A malária com frequência não tem custado mais do que 5% do orçamento da Saúde, numa época em que o orçamento da Saúde raramente era mais que 5% do orçamento nacional inteiro.

Mesmo onde a malária custa até 50% do orçamento da

Saúde, no entanto, esses orçamentos da saúde permaneciam uma proporção relativamente pequena dos recursos nacionais disponíveis" (grifo meu).

O mesmo se pode dizer, com muito mais ênfase, a respeito de recursos disponíveis em nível internacional.

Vamos voltar agora para algumas evidências históricas do desenvolvimento dos programas de Saúde Pública nos séculos XIX e XX no interior e como expressão de conflitos políticos. Evidências que sugerem que nem a expansão, nem o retraimento dos programas de Saúde Pública, inclusive o controle da malária, podem ser adequadamente explicados sem referência a esses conflitos.

REGISTRO HISTÓRICO

As experiências que quero examinar nessa seção são tiradas de três momentos históricos diferentes, diretamente relevantes a uma avaliação das razões da situação atual da malária. A primeira é relacionada ao papel da Rockefeller Sanitary Commission no desenvolvimento de programas rurais de Saúde Pública no sul dos Estados Unidos no início do século 20. A segunda diz respeito ao papel do atendimento médico e da saúde pública nas experiências coloniais e nos novos programas internacionais da Fundação Rockefeller, originários do trabalho da Comissão no sul dos Estados Unidos e do aumento dos conflitos anticoloniais no estrangeiro. O terceiro conjunto de experiências diz respeito ao papel da Saúde Pública no período pós 2ª Guerra Mundial, quando a influência e a abordagem americana dominavam.

A Saúde e o Desenvolvimento no Sul dos Estados Unidos (C)

A longo prazo, os programas da Rockefeller Sanitary Commission mostraram estar entre os mais importantes esforços para o

desenvolvimento de serviços de saúde pública numa região agrária atrasada. Isto porque esses esforços faziam parte de uma estratégia muito maior de "desenvolvimento", cujo padrão geral formou a base para subseqüentes estratégias americanas na China nas décadas de 30 e 40, e em grande parte do Terceiro Mundo depois da 2ª Guerra Mundial. A tentativa de desenvolvimento foi promovida por líderes capitalistas nortistas para apressar o "Novo Sul" a livrar-se do padrão de subdesenvolvimento e conflitos agrários que dominava desde a Guerra Civil.

Essa preocupação das empresas com a transformação do Sul vinha em grande parte como resposta à experiência dos enormes tumultos da Revolta Populista nas décadas de 1880 e 1890. Ela também pode ser vista em parte como uma resposta às crescentes necessidades que os empresários nortistas tinham tanto de novos mercados quando de novas fontes de força de trabalho, diante da crescente revolta da classe operária industrial nortista na virada do século. A Revolta Populista incentivava um grande número de fazendeiros e agricultores no sul a erguer-se contra o que percebiam ser sua exploração sistemática por parte de negociantes, bancos, ferrovias e fornecedores do norte e do leste. Apesar do colapso da revolta depois de 1898, diversos grupos de líderes de bancos, manufaturas e ferrovias, liderados pelas filantropias Rockefeller, tomaram a seu cargo o desenvolvimento da agricultura, a reestruturação da educação e a transformação do governo sulista, com o objetivo de evitar qualquer recrudescimento de inquietação populista e de lançar as bases para o crescimento.

As atividades da Rockefeller Sanitary Commission dedicavam-se a promover uma campanha de Saúde Pública. Na virada do século, organizações de Saúde Pública eram fracas ou inexistentes em muitas áreas sulistas, e o tempo de trabalho perdido por causa de doenças como a malária e a ancilostomíase era um fator de limitação da produtividade da força de trabalho, tanto nos campos quanto nas cidades industriais¹⁴. Nas áreas rurais, a primeira e mais importante parte do trabalho sani-

tário eram os esforços antiancilstomíase da Comissão. Essa doença, debilitante e causadora de anemia, estava espalhada em todo o sul, especialmente em áreas rurais onde, diferentemente da malária, que é transmitida por mosquitos, seu parasita era adquirido através dos pés descalços das crianças e dos trabalhadores rurais. A campanha antiancilstomíase lançada pela Comissão em 1909 baseava-se na evidência, constatada nas plantações de Porto Rico, de que a ancilstomíase era diretamente responsável pela baixa produtividade e que um método novo e barato de tratamento podia dar resultados rápidos e uma taxa alta de retorno do investimento inicial.

A campanha antiancilstomíase era ligada às campanhas educacionais; pois grande parte de sua atividade de propaganda era dirigida a escolas. A campanha mantinha também íntima cooperação com os governos locais. A meta era de que a iniciativa e o financiamento por parte de particulares levasse a que os governos assumissem os programas e seu financiamento¹⁵. Por ter sido o programa iniciado, planejado e estabelecido pela Comissão, e porque suas equipes futuras seriam treinadas em escolas de Saúde Pública financiadas pelos governos, esse esforço representava uma determinação por interesses privados das prioridades e da direção desses novos programas, ostensivamente públicos. A mudança do financiamento, de particular para governamental, representava também a socialização dos custos de produção particulares e o esforço do papel intervencionista do governo sulista a favor da modernização de interesses dos negócios particulares.

Outro aspecto importante do trabalho sanitário da Comissão foi seu apelo direto pela cooperação das organizações agrárias - as próprias instituições através das quais grande parte da inquietação agrária era expressa. Os financiadores capitalistas da campanha viam como um passo importante na redução da antipatia do fazendeiro em relação aos grandes negócios - antipatia que tinha desfechado a Revolta Populista - o fato de estarem os Rockefellers e outros homens de negócios

ganhando liderança em uma causa que não apenas ajudava os negócios, aumentando a produtividade, mas também ajudava os fazendeiros, melhorando a saúde.

A campanha da ancilostomíase foi seguida pelo esforço antimalárico no sul, durante e após a Primeira Guerra Mundial. Esse esforço foi levado a cabo através de programas complementares do fortalecido Public Health Service dos Estados Unidos e da Fundação Rockefeller. O esforço antimalárico era dirigido para a manutenção da produtividade do pessoal das bases militares e da força de trabalho civil em geral. Como a campanha da ancilostomíase, esse programa contribuiu também para reformular o caráter dos governos estaduais do sul 16, 17 .

É interessante notar que, embora as campanhas fossem indispensáveis para objetivos mais amplos no sul, elas eram "restritas", no sentido de que dedicavam-se apenas a combater os parasitas ou vetores da doença em questão. Mesmo estando fora do alcance deste trabalho uma análise dos custos e benefícios de abordagens alternativas na erradicação da malária, é importante refletirmos sobre o fenômeno amplamente observado de que a regressão da malária nos Estados Unidos e no norte da Europa começou antes de haver programas antimaláricos baseados no conhecimento da transmissão. As discussões dos especialistas sobre esse fato geralmente sugerem que as razões estão no aumento geral do padrão de vida e no uso aperfeiçoado da terra, que eliminou os locais de criação de mosquitos⁷. Os métodos usados no sul, assim como mais tarde os métodos dos contemporâneos baseados em inseticidas poderosos, como o DDT, não eram diretamente dirigidos a uma melhoria geral em nutrição, vestuário (sapatos), ou habitação (banheiros, isolamento, telas). Porém as metas dos que apoiavam a Saúde Pública eram melhor produtividade e melhor força de trabalho a custo "razoavelmente baixo", e não uma maciça redistribuição da riqueza de Rockefeller e outros capitalistas para os trabalhadores. A meta dos programas de malária da Fundação Rockefeller, segundo o diretor Wickliffe

Rose, era "o mais alto grau de controle da malária compatível com um custo per capita razoavelmente baixo". (Citado na referência nº 7 da bibliografia, p. 232).

Podemos ver que a explicação da decisão de apoiar a Saúde Pública no sul dos Estados Unidos não foi baseada na existência da pobreza ou da doença, ambas eram endêmicas havia anos, mas sim em fatores sociopolíticos mais gerais que envolviam as necessidades tanto da população rural quanto da comunidade de negócios, e suas relações de conflito.

A Saúde, o Imperialismo e a Fundação Rockefeller

Para começar, devemos lembrar que o impacto inicial do colonialismo na saúde das populações indígenas do Terceiro Mundo foi geralmente devastador. Todos os dons da civilização - guerras de conquista, escravidão, incêndio de aldeias e destruição de suprimentos de alimentos, importação de novas doenças como a sífilis e o vício do ópio, trabalhos forçados para lavouras de exportação em vez de produção de alimentos para o próprio local - trouxeram muito sofrimento e muitas mortes, e com frequência duraram muitos anos. Esse processo era paralelo ao que acompanhou a ascensão do capitalismo na Europa Ocidental, e constituía uma grande estagnação da sociedade rural, destinada a destruir as estruturas sociais tradicionais e forçar os camponeses e os nativos a abandonarem suas terras. Monopolizando as terras produtivas e destruindo os artesanatos locais (e às vezes produções industriais nascentes), o capitalismo, localmente e no estrangeiro, usava a fome, a pobreza e a falta de saúde para forçar as populações indígenas ao trabalho, seja nas fábricas de Manchester ou nas plantações da América do Sul e da Ásia.

Mas o uso excessivo de tal política - de empobrecimento e excesso de trabalho - tanto nos primórdios do capitalismo quanto no colonialismo, levou a tal produção de doença que a capacidade produtiva da classe trabalhadora ficava frequen-

temente prejudicada. A resposta do capitalismo a essa dificuldade foi, durante muito tempo, importar trabalhadores mais saudáveis de reservatórios rurais. Mas a expansão de doenças epidêmicas e o aumento das lutas dos trabalhadores contra o excesso de trabalho (lutas na Europa para reduzir o dia de trabalho, lutas nas colônias para fugir das plantações e dos trabalhos forçados) eventualmente forçaram as empresas a adotar medidas dirigidas a melhorar a saúde pelo menos de seus empregados diretos. Em outras palavras, ao longo do tempo o desenvolvimento de medidas de cuidados médicos e Saúde Pública vieram a ser impulsionadas por algo semelhante aos fatores econômicos e políticos que existiam no sul dos Estados Unidos: por um lado, as demandas populares por uma vida melhor, e por outro lado, a busca por parte das empresas privadas e dos governos ligados a elas de aumentar a produtividade e ganhar a cooperação da população local através da melhora da saúde.

Embora pareça que os colonialistas europeus costumassem negar a viabilidade de campanhas abrangentes de saúde pública entre a população indígena "primitiva"¹⁸, eles passaram a preocupar-se profundamente com o impacto econômico de doenças como a malária. Alguns dos primeiros e mais importantes trabalhos científicos sobre a malária foram feitos por europeus que trabalhavam nas colônias (Laveran na Argélia, Manson na China, Ross na Índia) onde a doença endêmica e epidemias periódicas prejudicavam severamente a exploração colonial^{7, 19}. Por exemplo, durante o período colonial na Índia, o impacto da malária compreendia desde a contínua perda de produtividade e dias de trabalho até uma alta taxa de mortalidade infantil e adulta e o colapso total e despovoamento de cidades e áreas inteiras durante as epidemias. Como resultado, a administração colonial tomou a seu cargo o esforço antimalárico. Este, no entanto, parece ter sido esporádico e limitado principalmente aos períodos de epidemia e às áreas de especial interesse para os ingleses; por exemplo, áreas de produção agrícola ou outro tipo de produção e áreas de população inglesa concentrada²⁰. parece não ter

existido programas abrangentes, incluindo toda a colônia e destinados a aumentar a saúde e a produtividade de toda a população, dentro e fora de plantações, minas, etc. Dada a história do uso da pobreza e da doença para enfraquecer e controlar a população colonizada como um todo, e dado o número limitado de operários empregados nas indústrias coloniais de exportação, o desenvolvimento diferencial de programas de Saúde - melhores serviços para empregados diretos populações circunvizinhas, serviços piores ou inexistentes para o resto - poderia ser julgado um procedimento razoável, do ponto de vista de uma administração colonial desejosa de manter populações inteiras sob controle.

Nessas circunstâncias coloniais, os praticantes médicos, inclusive trabalhadores da Saúde Pública, ou eram forçados a trabalhar para os poderes coloniais - justificando suas atividades como atenuadoras da opressão por ampliar ao máximo o atendimento médico que lhes era permitido - ou alinhar-se com as forças anticoloniais e lutar contra a ordem colonial para abrir caminho para programas mais abrangentes. Como Fanon²¹ observou, comentando o colonialismo francês, não havia o caminho do meio, nem território neutro, e a maioria fazia o jogo das forças coloniais. Paul²², que também estudou o Marrocos francês, esboçou alguns dos aspectos mais sinistros da medicina colonial - o uso de médicos como espiões políticos e até mesmo militares - assim como o mais comum fornecedor desigual de serviços.

A doença e o resultante baixo desempenho dos trabalhadores apresentavam o mesmo tipo de problema para as corporações americanas que tentavam montar operações de produção no estrangeiro. Onde a doença estava disseminada, a simples existência de trabalhadores não era garantia de uma força de trabalho utilizável. A United Fruit Company, por exemplo, foi forçada a montar hospitais para os empregados de suas plantações de banana na América Central em 1899, para reduzir o custo excessivo associado à doença^{18, 23}. Anos mais tarde, um vice-presidente da United Fruit declarou claramente as

razões para a preocupação de sua companhia com a saúde de seus empregados ²⁴:

"Esse trabalho tem sido feito por uma razão bastante prática e implacável: o interesse próprio... pessoas doentes não podem trabalhar... Pode ter sido um interesse próprio esclarecido, mas tudo era feito porque elas (as companhias americanas) não podiam retirar o minério, ou cultivar as bananas ou bombear o petróleo a não ser que essas coisas básicas fossem providenciadas".

Como os colonizadores europeus, grande parte dos primeiros trabalhos de saúde pública no estrangeiro feito por americanos, inclusive a pesquisa científica, era relacionada diretamente não apenas aos negócios, mas também às necessidades militares do imperialismo. Foi a taxa de mortes de soldados americanos em Cuba durante a guerra hispano-americana, muito alta, que levou o médico militar Dr. Walter Reed a descobrir um modo de controlar a febre amarela. Foi a aquisição imperial do Panamá para se construir um canal que trouxe o Major William C. Gorgas de Cuba para aquele país em 1904 para combater a febre amarela e a malária.

O trabalho em saúde pública desempenhou também um papel importante em relações públicas. Se a exploração econômica e a ocupação militar por europeus e depois americanos foram as características mais gritantes e odiadas da expansão do capitalismo, para dominação dos povos, as medidas de saúde pública aparecem retratadas e, às vezes, aceitas como o lado generoso e humanitário da intervenção estrangeira ²⁵.

O programa Rockefeller de saúde pública, que incluiu operações antimaláricas por mais de trinta anos, estava centralizado na International Health Board, que era uma extensão direta da Sanitary Commission e operava primeiro independentemente, depois como uma divisão da Fundação. Para trabalhadores de saúde pública como Ashford ²⁶, Heiser ¹⁸ ou Russell ⁷, empregados pela Fundação, seu programa de âmbito mundial fornecia tanto uma carreira quanto uma oportunidade de combater a doença em muitos países. Para a Fundação, por outro lado, o

trabalho desses médicos, "para quem havia poucos embaraços políticos", era com frequência a delicada ponta da cunha por onde se seguiram intervencionistas e engenheiros sociais em outras áreas. Em livro recente, o vice-presidente da Fundação escreveu: "...médicos e homens da saúde pública abriram o caminho para os agrônomos na América do Sul e na Ásia. O trabalho dos agrônomos, por sua vez, deu crédito a demógrafos, cientistas sociais e outros que os seguem" 27.

Ao contrário dos governos coloniais e dos capitalistas investidores nas indústrias de exportação, cuja visão de saúde pública não costumava ultrapassar o limite de suas plantações, suas minas e as cidades-portos, a Fundação Rockefeller trouxe para seu trabalho internacional em saúde sua experiência no sul dos Estados Unidos e o reconhecimento de que uma expansão generalizada dos negócios no Terceiro Mundo só poderia ser baseada na criação de força de trabalho geralmente sadia e ao mesmo tempo na conquista de apoio popular suficiente para minar a inquietação agrária crescente 28. Sua abordagem da saúde pública foi influenciada também pelo desenvolvimento da compreensão dos meios de transmissão e da impossibilidade de controlar a doença em uma área se ela não fosse controlada nas outras. Esses tinham sido algumas das constatações da Sanitary Commission no sul dos Estados Unidos, e afetavam a política da Fundação em seus esforços no Terceiro Mundo antes da Segunda Guerra Mundial, especialmente aqueles para ajudar a "salvar" a China.

Na China, o trabalho em saúde pública era francamente uma parte do esforço para conter a revolução camponesa. O apoio de Rockefeller à saúde pública ia desde constituir a conhecida Faculdade de Medicina Peking Union e cooperar com o Departamento de polícia de Pequim para estabelecer uma estação municipal de saúde pública, até apoiar os programas anticomunistas de desenvolvimento de comunidade de Jimmy Yen, que incluíam um componente de saúde pública. Esses programas de saúde, como aqueles do sul, eram complementados por outros programas em agricultura, educação e formação de eli-

tes 13. Embora esses esforços para salvar a China tenham falhado no final, eles ajudaram a montar a abordagem que dominou a política de ajuda externa e desenvolvimento dos Estados Unidos em grande parte do período após a 2ª Guerra Mundial.

Além dessa espécie de esforço bilateral particular, o apoio em todo o mundo da Fundação Rockefeller à pesquisa médica, saúde pública e educação médica se desenvolvia internacionalmente, através de construção de instituições, bolsas de estudo, conferência, jornais especializados e cooperação com a Liga das Nações e outras organizações internacionais. Esse apoio ajudou a criar, gradualmente mas com segurança, um sistema mundial de relações cooperativas interpessoais e interorganizacionais que eram baseadas em maneiras comuns de lidar com problemas de saúde, e ultrapassavam os interesses mais precisos dos poderes coloniais. Criando uma abordagem comum aos problemas de saúde e um sistema que facilitava a rápida distribuição de novos conhecimentos e novas técnicas dentro desses métodos, a Fundação ajudou a internacionalizar a abordagem desenvolvida antes em casa: a meta eram medidas públicas bem difundidas, o foco eram os sintomas clínicos e as causas de doenças em particular, em lugar da pobreza em si; cooperação com governos estabelecidos e com uns poucos indivíduos e instituições de elite que então lidavam com o resto da população^{7, 29}. Desse modo desenvolveu-se a estrutura institucional internacional, dentro da qual teria que trabalhar quem quisesse dedicar-se à saúde pública como profissão.

Este segundo conjunto de exemplos sugere que o desenvolvimento da saúde pública moderna em todo o mundo foi ao mesmo tempo estimulado e limitado pelas necessidades de uma economia de iniciativa privada em expansão. O controle de doenças, muitas espalhadas pelos próprios imperialistas, acabou sendo necessário para o sucesso de seus projetos de investimento, tanto por razões técnicas de disponibilidade de força de trabalho quanto por razões de propaganda para combater

a revolta nacionalista e camponesa. Enquanto a abordagem da United Fruit e a dos investidores franceses e ingleses pouco diferiram, a Fundação Rockefeller, fora e acima de tais interesses restritos, poderia perceber melhor o surgimento de conflitos sociais ao nível de movimentos de independência anticoloniais e resolução anticapitalista. Dessa posição ela poderia incentivar todos os que compreendessem essas tendências, inclusive as pessoas dentro dos países coloniais, a construir um movimento internacional. Essa abordagem multinacional à saúde pública nunca substituiria inteiramente os programas nacionais bilaterais, mas a concepção de investir no nível geral de saúde e produtividade como base de estabilidade política e acumulação de capital chegou a influenciar fortemente o caráter dos programas de ajuda multilateral e bilateral após a 2ª Guerra Mundial. Entre esses programas estavam as campanhas antimaláricas descritas acima.

O Capital Humano e a Contrarrevolução no Período Pós 2ª Guerra Mundial

Vimos que no período anterior à 2ª Guerra Mundial um dos objetivos primários do capitalismo ao desenvolver serviços de saúde pública, fosse nos Estados Unidos ou no Terceiro Mundo, foi garantir para si uma força de trabalho mais produtiva. No período posterior à 2ª Guerra Mundial, essa abordagem institucionalizou-se no mundo desenvolvido, primeiramente como parte integral do plano de produtividade keynesiano, e depois, tanto no mundo desenvolvido quanto no subdesenvolvido, como um componente de investimento de "capital humano" nas estratégias de desenvolvimento. Ao mesmo tempo, programas de saúde pública foram usados para finalidades mais abertamente políticas de contra-insurreição contra trabalhadores rurais e urbanos.

Em resposta ao aumento da organização e da força da classe trabalhadora no ocidente, especialmente nos Estados Unidos nas décadas de 30 e 40, os investimentos ocidentais tiveram

que enfrentar uma situação na qual não podiam mais baixar os salários através de ciclos econômicos periódicos. Assim, com essa possibilidade anulada e a certeza de futuros aumentos nos salários, os economistas procuraram meios de incorporar essa tendência a uma estratégia de crescimento. A solução foi encontrada no contrato sindical e numa tentativa de condicionar os aumentos de salário aos aumentos de produtividade. Ora, é óbvio que a estratégia de aumentar a produtividade é usada há muito pelo capital em resposta ao aumento de salários reais (que incluem melhor alimentação e saúde). A novidade nesse período foi a incorporação dessa relação ao contrato sindical periódico, e o uso de uma política fiscal e monetária keynesiana para tentar obrigar um crescimento médio de salários que não ultrapasse o crescimento médio de produtividade (reajustes através de recessão cíclica). Isso serviu para institucionalizar as relações igualmente ao nível de empresa e indústria e ao nível nacional sob a orientação do governo. Até o ponto que o crescimento de produtividade a longo prazo aumentasse pelo menos proporcionalmente e em reação ao crescimento nos salários, a luta salarial tornava-se um impulso para o crescimento, levando os investidores a modernizar e inovar, e assegurando margens de lucro estáveis ^{30, 31}.

Com o desenvolvimento da produtividade como chave para a combinação de crescimento e estabilidade social através de salários mais altos, faltava apenas um passo para considerar-se o investimento em educação, saúde pública ou atenção médica como um investimento em "capital humano", que aumentaria a produtividade ³². Esse conceito, a um nível coletivo, tornou-se a expressão teórica do tipo de estratégia iniciada pela Fundação Rockefeller anos antes, mas desenvolveu-se inteiramente, a níveis nacionais e internacionais, nas décadas de 50 e 60. Os investimentos mais moderados em saúde do período colonial, podiam também ser considerados, em retrospecto, investimentos em capital humano. Mas eles eram principalmente investimentos ao nível de empresa e não se comparavam aos programas nacionais e internacionais do tipo

sustentado pela Fundação e pelos órgãos internacionais. O desenvolvimento desse tipo de esforço no Terceiro Mundo era tão indispensável para alguns planos de desenvolvimento quanto o enorme investimento semelhante em educação e saúde nos Estados Unidos no início da década de 60 foi indispensável aos planos do Presidente Kennedy de impulsionar o crescimento de seu país ³³.

Embora essa estratégia para controlar e dirigir as lutas dos trabalhadores por salários mais altos (ou mais renda em geral) explique parcialmente a expansão das campanhas de saúde pública no período de pós-guerra, existe também a outra motivação e estratégia menos sutil: o uso da saúde pública como arma ideológica na luta contra a revolta industrial e camponesa. A meta aqui não era simplesmente aumentar a capacidade física de trabalho per se, mas aumentar a vontade de trabalhar - estando as duas intimamente ligadas. Já vimos essa utilização da saúde pública combatendo a inquietação agrária no sul dos Estados Unidos e a revolta camponesa na China. Essas experiências tornaram-se simplesmente a base de uma generalização da estratégias na Ásia e em outras partes do Terceiro Mundo.

Talvez o mais gritante e mais conhecido uso da saúde para combater revoluções e ganhar amizades para o mundo "livre" na década de 50 tenha sido o trabalho dramático e altamente anunciado do Dr. Tom Dooley com os refugiados do Vietnã e dos Laos. Como médico da Marinha dos Estados Unidos servindo em Haiphong em 1954, Dooley ajudou a administrar a migração de norte-vietnamitas católicos para o sul - uma migração que descobriu-se depois ter sido planejada e propagada pela CIA. Mais tarde, no Laos, Dooley levou a campanha para salvar as pessoas do comunismo até a fronteira da China, onde o povo "não tinha compromisso com o governo central" e estava "no ponto para o tratamento comuna" ^{34, 35}. Esse tipo de trabalho em áreas isoladas não tinha utilidade imediata para fornecer uma força de trabalho sadia. Era mais um primeiro passo em persuadir as pessoas a se identificarem mais com o governo do que com as guerrilhas.

Consideravelmente menos espetaculares do que esse trabalho com os isolados e desvalidos, mas não menos dedicados, foram os esforços contínuos do capital internacional. Esses incluíam a preocupação com a saúde dos trabalhadores do Terceiro Mundo e também um interesse mais amplo em encorajar os governos locais a desenvolverem serviços gerais de saúde pública para assim ganharem mais proteção e legitimarem a ordem existente. Uma das expressões do interesse empresarial foi a Conferência sobre Problemas de Saúde de Indústrias Operando em Países Tropicais, em 1950, na Escola de Saúde Pública de Harvard. Representantes de 23 corporações multinacionais reuniram-se a especialistas em saúde pública para discutir o perigo do comunismo e trocar informações sobre como o trabalho sanitário poderia ajudar a combatê-lo. Em seu discurso de boas-vindas, o Reitor James Simmons deixou bem claro para todos qual era o foco da conferência ³⁶:

"Poderosas forças comunistas estão trabalhando neste país e em todo o mundo, aproveitando-se de povos doentes e pobres, explorando seu descontentamento e desesperanças para minar suas crenças políticas.

A saúde é uma das seguranças contra essa propaganda. Saúde não é caridade, não é trabalho missionário, não é simplesmente útil aos negócios - ela é a própria auto-preservação para nós e para o modo de vida que consideramos decente.

Através da saúde podemos... provar, a nós mesmos e ao mundo, como a democracia é boa e certa. Através da saúde podemos derrotar a terrível ameaça do comunismo".

Enquanto os empresários armavam-se para combater trabalhadores e camponeses sob a bandeira do anticomunismo, a Fundação Rockefeller passava pelo processo de limitar os aspectos operacionais de seus programas de saúde. Essa redução não era causada pela relutância de continuar o justo combate, e sim porque novos e grandes recursos tinham entrado no campo da saúde pública internacional, e os interesses da Fundação eram agora mais diversificados. Assim, o programa da Fundação poderia limitar-se a uns poucos projetos de pesquisa e ao fornecimento de assessoria especializada a outros grupos.

Além da nova Organização Mundial de Saúde e seus órgãos associados (por exemplo, o revitalizado Pan American Sanitary Bureau), o mais importante desses recursos que entraram no campo da saúde pública internacional foram os programas bilaterais de ajuda dos Estados Unidos.

Antes da 2ª Guerra Mundial, os Estados Unidos tinham assinado várias convenções sanitárias internacionais, e o Public Health Service dos Estados Unidos (USPHS) tinha cooperado com o Comitê de Saúde da Liga das Nações, que incluía a Comissão de Malária. O USPHS tinha também alguns projetos internacionais espalhados, principalmente no Hemisfério Ocidental, onde ele apoiava o Pan American Sanitary Bureau. Durante a guerra, o Governo dos Estados Unidos foi levado a um interesse maior no controle da malária, por várias razões. Na guerra no Pacífico, a malária era com frequência uma fonte maior de "baixas" do que os japoneses. Como resultado disso e da falta de quinino, os Estados Unidos lançaram um urgente programa de pesquisa para o desenvolvimento de drogas antimaláricas sintéticas. Também em casa o USPHS teve que mais uma vez impulsionar um vigoroso programa antimalárico, em colaboração com os militares americanos, dentro e em volta dos quartéis e acantonamentos no sul dos Estados Unidos, onde a malária ainda era um problema. Finalmente a guerra levou à reorganização dos vários projetos internacionais americanos. Os do Hemisfério Ocidental foram reunidos e coordenados dentro de um programa mais centralizado, sob o Institute of Inter-American Affairs (IIAA) de Nelson Rockefeller. O programa de Saúde Pública do IIAA era parte da abordagem total das operações econômicas e psicológicas da América Latina em tempo de guerra. Os projetos resultantes, em conjunto com outros governos do hemisfério, incluíam controle de malária, que recebeu máxima prioridade³⁷.

Depois da guerra, esse tipo de trabalho continuou, sob os auspícios do IIAA, como parte do Ponto Quatro. Mas nessa época, em vez de serem usados como arma contra o fascismo, os programas de saúde pública do governo eram planejados para

desempenhar um papel importante no combate à inquietação social e à revolução agrária. Na Europa, as atividades sanitárias da American Economic Cooperation Administration (ECA), sob o plano Marshall, e as da Relief and Rehabilitation Administration, das Nações Unidas, eram parcialmente dirigidas a subjugar frentes populares de esquerda. Quanto ao Terceiro Mundo, excluindo-se a América Latina, um relatório de 1952 da divisão de saúde pública da missão da ECA ao Camboja, Laos e Vietnã resumiu perfeitamente as metas desses programas ³⁸:

"Hoje em dia, especialistas americanos em saúde pública de todos os tipos - funcionários de saúde, engenheiros sanitários, enfermeiras, técnicos de laboratório e educadores - estão participando de programas de assistência técnica que são conduzidos... em muitas partes do mundo. Esses programas não estão apenas contribuindo para o bem-estar dos países onde operam, mas também, através de seu efeito de elevar os padrões econômicos e de saúde nas nações participantes, ajudando o estabelecimento de governos estáveis".

O relatório, cujo propósito principal era descrever um projeto de controle da tracoma no Vietnã do Norte, afirmava a seguir que os programas de saúde pública foram criados parcialmente por causa de seu efeito de propaganda, na esperança de aliviar a situação de decadência da França na Indochina.

Outros projetos de saúde pública no Vietnã incluíam uma equipe antimalárica de DDT que, sob a capa de "neutralidade política", conseguia penetrar em zonas do Vietnã e demonstrar o "interesse" do governo pelos camponeses. Mais tarde, quando cresceu a intervenção militar americana no Vietnã, eram outras as razões para o controle da disseminada malária. Em 1965, repetia-se a guerra no Pacífico, pois "o número de soldados (americanos) evacuados do Vietnã por causa de ferimentos e o número evacuado por causa da malária eram iguais" ³⁹. Entre os muitos outros países nos quais a saúde pública financiada pela ajuda externa americana desempenhou um papel político na década dos 50, estavam: o Irã durante a derrubada de Mossadegh em 1953, a Tailândia durante as

campanhas de contra-insurreição e as Filipinas durante a luta contra as guerrilhas de Hukbalahap⁴⁰.

A Política de um Relatório Secreto

O ano de 1956 foi a virada no apoio americano à luta contra a malária, porque nesse ano o Presidente Eisenhower resolveu colocar o apoio financeiro dos Estados Unidos por trás da campanha mundial de erradicação da malária da OMS, que tinha sido anunciada no ano anterior⁴¹. A apresentação oficial dessa decisão naturalmente colocou-a como outro belo exemplo do humanitarismo dos Estados Unidos. Os motivos reais dessa decisão eram muito menos altruístas, e são encontrados no caso de um relatório especial "apenas para uso oficial" preparado para Eisenhower pelo Departamento de Estado (D). A história desse relatório é um importante material para estudo da política do controle da malária e da Saúde Pública, de três maneiras: primeira, a história política do relatório; segunda, as motivações e metas dos funcionários da saúde pública que prepararam o relatório; e terceira, a natureza política dos argumentos usados para conseguir seus propósitos.

As origens desse relatório estão na Guerra Fria. Ele foi preparado em resposta a um pedido do Departamento de Estado de criação de novos programas de ajuda externa americana que pudessem ajudar a conter a então recente expansão dos esforços de ajuda soviética no Terceiro Mundo. O pedido foi feito por John B. Hollister, então chefe da International Cooperation Administration (ICA, antecessora da USAID), ao International Development Advisory Board (IDAB). Esse comitê especial de empresários, líderes trabalhistas e educadores tinha sido estabelecido por Truman para formular a política do Ponto Quatro, e foi originalmente chefiado por Nelson Rockefeller. No outono de 1955, quando chegou o pedido, ele era chefiado por Eric Johnson, e incluía entre seus membros o Dr. Wilton L. Halverston, Vice-Reitor da Escola de Saúde Pública da Universidade de

Los Angeles e antigo Diretor de Saúde Pública do Estado da Califórnia.

Em resposta ao pedido, o Dr. Halverston apresentou ao Board um memorando que propunha novo apoio americano ao controle da malária e ao saneamento urbano⁴². Esse memorando tinha sido feito pelo Dr. Halverston, assessorado pelo Dr. Henry Van Zile Hyde, Chefe da Divisão Internacional de Saúde do Public Health Service dos Estados Unidos. Como resultado de sua proposta, o IDAB formou um Comitê Especial, chefiado por Halverston, para fazer um relatório detalhado sobre um possível programa de erradicação da malária. O relatório, que foi primeiramente preparado pelo Dr. Hyde e um colega do USPHS, Donald R. Johnson, foi subsequente⁴³mente aprovado e mandado a Eisenhower. Mais tarde, depois de ter anunciado o novo programa antimalárico, o Presidente usou-o, como tinha sido planejado, na Guerra Fria, citando o programa como outro exemplo do humanitarismo americano e generosamente convidando "os soviéticos a juntar-se a nós nessa grande obra da Humanidade"⁴³.

Ora, e quanto aos funcionários da saúde pública que tinham originalmente proposto e depois escrito esse relatório? Quais foram suas preocupações? Segundo o Dr. Hyde e o Sr. Johnson, elas eram bastante simples. Eles apoiavam a resolução da OMS pedindo um programa global de erradicação da malária, que eles consideravam humanitário, e tinham aproveitado a oportunidade para usar o IDAB como meio de mobilizar o apoio financeiro dos Estados Unidos (E).

Mas essas preocupações pessoais foram principalmente humanitárias, os funcionários da saúde pública de modo algum limitaram os argumentos desenvolvidos em seu relatório a essas considerações benevolentes. Pelo contrário, eles completaram esses apelos com duros argumentos econômicos e políticos destinados a convencer os políticos que o humanitarismo podia ser também um instrumento da política externa americana. Em sua proposta original, Halverston⁴² argumentava que o apoio americano ao controle da malária:

"... seria recebido em todo o mundo apenas como um ato humanitário por parte do povo dos Estados Unidos e de seu governo para com seus irmãos. Isso seria de grande efeito para combater os sentimentos anti-Estados Unidos que foram criados por métodos subversivos nesses países. Corretamente executados, programas como esse vão desafiar a aproximação russa".

Durante a preparação do relatório, o especialista em malária da Fundação Rockefeller, Dr. Paul Russell, foi chamado como Consultor Especial para o IDAB, trazendo a esse órgão os argumentos econômicos e políticos desenvolvidos durante seus vários anos de trabalho com a Fundação ⁴⁴:

O Dr. Russell observou que, embora a malária não seja mais problema dos Estados Unidos, ela tem uma importância tremenda para os empresários americanos, pois 60% de nossas importações e 40% de nossas exportações se realizam com países nos quais ela é problema... Ao concluir, o Dr. Russell observou que um programa de erradicação da malária era um empreendimento importante, que penetraria nos lares das pessoas e beneficiaria os Estados Unidos política e financeiramente. O tipo de ajuda que vem do coração, e assim provaria aos povos desses países subdesenvolvidos que estamos realmente interessados em seu bem-estar.

Lucros e contra-insurreição embrulhados em um pacote humanitário - um argumento pelo menos tão velho quanto o esforço anterior de transformar o sul dos Estados Unidos. No relatório definitivo, juntamente com a análise de Russell sobre os custos da malária aos negócios e ao comércio, os autores incluíram também um exame da utilidade política do controle da malária em vários países do Terceiro Mundo ^{40a}:

"Os atuais governos da Índia, Tailândia, Filipinas e Indonésia, entre outros, levaram a cabo programas de malária como elemento importante de seus esforços para construir uma força política e combater a infiltração comunista".

Esses países, observava o relatório, eram receptores de uma "impressionante ajuda" da ICA. Na Índia, por exemplo, o relatório citava o especialista em malária D. K. Visnawathan

a respeito da utilidade do programa em aumentar os contatos entre o governo e os camponeses: "Nenhum serviço estabelece contato com cada casa particular pelo menos duas vezes por ano, como o serviço de DDT, a não ser o recolhimento de im- postos" (F) .

Parte das novas verbas seriam usadas através do ICA e parte através da OMS e da Pan American Sanitary Organization. A decisão de apoiar a erradicação da malária através de órgãos internacionais como esses era perfeitamente coerente com o relatório do IDAB, que declarava explicitamente que os mesmos benefícios políticos decorrentes da ajuda americana poderiam ser obtidos indiretamente, canalizando fundos através de programas multilaterais naquelas "áreas e nações com as quais os Estados Unidos não estão trabalhando diretamente através do ICA" ^{40b}. Além disso, já que os órgãos multilaterais, especialmente a OMS, eram intimamente relacionados com os programas privados e estatais americanos, o aumento do financiamento para os primeiros poderia apenas beneficiar os últimos.

Resumindo: esses quatro funcionários da saúde pública (Halverston, Hyde, Johnson e Russell), apelando para motivações de contra-insurreição, anticomunismo e lucros, conseguiram um programa de saúde pública que custava milhões de dólares. Para esses homens, havia, pelo menos nesse período, uma feliz compatibilidade entre seu humanitarismo e a política externa americana.

Esses exemplos tirados da história da saúde pública e do controle da malária depois da guerra fornecem ampla evidência de que, como em períodos anteriores, as decisões de apoiar ou não o controle da malária eram tomadas como base muito mais nos fatores políticos do que nas preocupações de humanitarismo e bem-estar.

ALGUMAS OBSERVAÇÕES GERAIS

Em cada um dos casos históricos examinados, encontramos o mesmo fenômeno: os programas de Saúde Pública estão intimamente ligados aos conflitos sociais. No sul dos Estados Unidos, eles apareceram na área de contato entre capitalistas e fazendeiros do leste e do norte. Na China, eles surgiram durante um conflito entre a revolução camponesa e uma combinação de filantropia do governo local e de particulares estrangeiros. No período depois da 2ª Guerra Mundial, eles desempenharam um papel em numerosas lutas entre uma coalisão de governo e empresas, de um lado, e revolucionários rurais, do outro. Nesses conflitos, geralmente encontramos, em um dos lados, os interesses das empresas nacionais e internacionais, representados diretamente, através de práticas das companhias, ou indiretamente, através da filantropia financiada pelas empresas ou por governos ligados a empresas. Do outro, encontramos interesses de uma variedade de trabalhadores urbanos e agrários, desde operários, fazendeiros e meeiros no sul dos Estados Unidos até camponeses e cidadãos urbanos na Ásia ^(G).

As preocupações dos trabalhadores urbanos e rurais podem muito bem ser definidas em termos de uma luta por um padrão melhor de vida, o que inclui uma saúde melhor. As empresas, pelo contrário, geralmente se preocupam com a disponibilidade de uma força de trabalho produtiva e politicamente estável. Essa preocupação do governo e das empresas com a saúde pública aparece nitidamente como uma preocupação com as condições do suprimento de força de trabalho. Mas, como já vimos, o fornecimento de força de trabalho não é uma simples variável quantitativa. Ele é, isto sim, as condições de disponibilidade de uma força de trabalho desejosa e capaz de trabalhar em troca de um salário que ela considera temporariamente plausível e a empresa ache lucrativo.

Essa busca de estabilidade e lucro por parte das empresas e do governo, e de padrões de vida mais altos por parte de

vários tipos de trabalhadores, é certamente uma luta entre duas classes: aquela que é forçada a trabalhar para viver e aquela que consegue riqueza e controle social através de sua capacidade de fazer outros trabalharem. É, portanto, uma luta de classes - onde a "classe operária" compreende setores industriais e do campo. Assim, "saúde" não pode ser definida no abstrato, e sim na prática, por cada uma dessas classes. Para a "classe operária" (de fábrica ou de escritório, fazendeiro ou camponês) a saúde é definida em termos das demandas autônomas de seus membros. Para as empresas e aqueles que as servem, a "saúde" dos trabalhadores tem sido definida funcionalmente por sua capacidade e sua disposição para trabalhar. Um trabalhador que não pode trabalhar está doente e precisa de tratamento médico. Um trabalhador que não quer trabalhar também está doente e precisa de tratamento psiquiátrico, prisão, ou coisa pior.

Vimos agora que quando, do ponto de vista do capital, a má saúde dos trabalhadores os torna incapazes de trabalhar sob condições lucrativas para o investimento das empresas, os grupos empresariais às vezes apoiam o desenvolvimento de programas médicos e de saúde pública para melhorar a produtividade da força de trabalho. Historicamente isso costumava acontecer dentro dos países agora desenvolvidos e às vezes no Terceiro Mundo. Mas podemos ver também que essas medidas devem ser interpretadas como parte de um tipo particular de estratégia para lidar com o problema da disponibilidade da força de trabalho. Essa estratégia, na qual a renda (incluindo a saúde) aumenta em troca de mais trabalho, pode ser denominada "estratégia de desenvolvimento". A estratégia alternativa, na qual a renda é reduzida para se impor a disponibilidade de trabalho através da miséria e da pobreza (por exemplo, no início do capitalismo e no colonialismo), pode ser chamada de "estratégia de subdesenvolvimento". O desenvolvimento e o subdesenvolvimento como estratégia devem obviamente ser interpretados diferentemente do resultado de processos históricos (como afirmam os economistas ortodoxos) ou dos processos em si (como interpretam muitos marxistas).

Ora, nesses termos podemos classificar as experiências históricas dos programas de saúde pública em termos de desenvolvimento e subdesenvolvimento. No sul dos Estados Unidos e na China vimos principalmente uma abordagem de desenvolvimento, com a expansão de programas de saúde pública como os de controle da ancilostomíase e da malária, para aumentar a produtividade e conseguir ordem social. No período colonial, e no início do capitalismo, as devastações iniciais subdesenvolveram a saúde como um aspecto de reestruturação da sociedade para obtenção de controle sob a força de trabalho. Em seguida foi usada uma mistura de desenvolvimento e subdesenvolvimento, através da provisão de serviços de saúde diferenciados. No período do pós-guerra, o investimento em saúde pública foi financiado por governos e empresas como investimento de desenvolvimento em "capital humano", e como instrumento de contra-revolução política - ambos com o propósito de aumentar a disponibilidade para o trabalho e a produtividade. Podemos ver então que no passado o subdesenvolvimento da saúde, assim como seu desenvolvimento, tem sido uma estratégia de empresas e governos, dependendo das circunstâncias. E se assim foi no passado, então devemos estar abertos à possibilidade de que este seja exatamente o caráter da situação atual na saúde pública, em que a malária está efetivamente descontrolada.

A ATUAL CRISE MUNDIAL

Quero agora esboçar rapidamente uma análise da atual crise internacional, que fornece uma estrutura dentro da qual o atual descontrole da malária encontra lugar como uma estratégia de subdesenvolvimento em várias partes do mundo (H). Essa análise argumenta que a atual crise econômica internacional é basicamente uma crise de poder entre trabalhadores e empresários. Mais especificamente, a crise apresenta efetivamente duas etapas: uma, imposta às empresas por um ciclo de lutas da "classe operária" na década dos 60 (por exemplo,

vieta, Berkeley, Watts, Naxalites, Lordstown, etc.) que enfraqueceu as estratégias de desenvolvimento daquele período e, em resposta, outro momento no qual as empresas e o governo impuseram-se aos trabalhadores para recuperar o controle.

As lutas da "classe operária" que impuseram a crise nas empresas internacionalmente são interpretadas como uma combinação de lutas salariais de trabalhadores rurais e urbanos e de uma crescente recusa ao trabalho e o desenvolvimento que rompeu o elo entre a produtividade e a renda em toda a produção social global (I). Como resultado, as tentativas das empresas, depois da guerra, de planejar a acumulação por meio de uma manipulação cuidadosa da hierarquia internacional de salário, começaram a ruir. Onde as estratégias de desenvolvimento dominavam, as lutas salariais deixaram para trás os aumentos de produtividade; as diferenças salariais entre os Estados Unidos, a Europa e o Japão começaram a aproximar-se. Onde as estratégias de subdesenvolvimento dominavam no Terceiro Mundo (Guetos metropolitanos ou campos tropicais), as exigências salariais de negros, mulheres, camponeses, estudantes, etc., produziam ao mesmo tempo planos de desenvolvimento e a retração do desenvolvimento, que repetidamente explodia em tumulto social e violência. Todas essas lutas não constituíam uma crise cíclica, e sim uma crise estrutural profunda de acumulação global para as empresas.

A reação das empresas tomou igualmente a forma de austeridade e reestruturação a longo prazo. O segundo momento da crise é, na verdade, um enorme ataque contra a "classe operária" através da "manipulação multinacional da escassez" e da desvalorização do dinheiro (inflação global) (J). Em outras palavras, na crise, empresas e governo tentam minar as lutas salariais, que não conseguiram conter nacionalmente, por meio da produção de inflação internacional através da escassez, especialmente de energia e alimentos. A meta é restabelecer a hierarquia e conseqüentemente o controle, atra-

vês de uma nova fragmentação internacional da classe. Ao mesmo tempo, as empresas apressaram sua tentativa histórica de escapar da força de trabalho, investindo maciçamente no desenvolvimento de setores intensivos de capital como a energia. O objetivo do capital é pois uma nova estrutura de desenvolvimento e subdesenvolvimento que romperá o poder que os trabalhadores conquistaram durante o último ciclo de lutas. Como escreveu Montano: "A questão agora é como re-impor multinacionalmente a contradição entre desenvolvimento e subdesenvolvimento dentro da classe operária" ⁴⁷.

Para o propósito deste trabalho, o aspecto mais importante desta análise é a parte que lida com a imposição de austeridade e da nova estrutura de subdesenvolvimento. O trabalho já feito destaca dois exemplos particularmente relevantes do modo como, nas áreas onde é imposto um subdesenvolvimento crescente, a renda decrescente é manejada contra a "classe operária". O primeiro é o da comida, onde "deixar a natureza cobrar sua taxa" criou a inanição absoluta em Bangladesh e no Sael, e onde as manipulações comerciais multinacionais criaram um aumento no preço da comida e uma diminuição nos padrões de vida da metrópole ⁴⁸. O segundo é a educação nos Estados Unidos (embora a mesma análise possa ser aplicada com igual utilidade a muitas outras partes do mundo). Lá, as estratégias de desenvolvimento da década dos 60, baseadas no "capital humano", que ruíram nos movimentos universitários do final da década, foram agora substituídas pelo subdesenvolvimento na forma de crise fiscal, cortes orçamentários, austeridade e reestruturação ^{33, 49}.

A recente deterioração do apoio governamental à saúde pública e à clínica médica parece ser mais um aspecto desse novo período de subdesenvolvimento crescente para algumas partes do mundo. Em áreas anteriormente desenvolvidas, como Nova York e Inglaterra, ele tomou a mesma forma que na educação: crise fiscal, cortes nas despesas governamentais para a clínica médica e fechamento de hospitais. Os dados a respeito do Terceiro Mundo apresentados na primeira seção mostram que

o subdesenvolvimento inclui também a anulação da prioridade para o controle da malária. Vimos em detalhe como o financiamento do controle da malária foi reduzido, permitindo que a doença se espalhasse, e/ou não aumentado o suficiente para recuperar os antigos níveis de controle. Vimos também como se permitiu que essa condição persistisse por vários anos em diversos países, principalmente na Índia e no Paquistão.

Na Índia a situação continua, hoje em dia. Em outro lugar argumentei que a Índia aparentemente está entre aqueles países onde os esforços de desenvolvimento foram substituídos pelo subdesenvolvimento⁵⁰. Certamente a mudança repressora do governo indiano, de sua política de expansão da erradicação da malária para o subdesenvolvimento através do aumento da doença, é coerente com outras práticas da Emergência Ghandiana, tais como o esfacelamento das lutas industriais, a esterilização forçada e a repressão aos camponeses através da manipulação dos termos de comércio entre a agricultura e a indústria. Ainda não se sabe o grau de retrocesso a que o novo governo chegará.

Há não muito tempo, as Filipinas forneceram chocante exemplo de uma brusca suspensão da expansão do controle da malária, com uma retirada internacional dos programas de controle por razões abertamente políticas. Em resposta ao fracasso de uma proposta de programa de desenvolvimento em satisfazer as exigências dos rebeldes muçulmanos em Mindinao e no Arquipélago Sulu⁵¹, o Governo decidiu em 1973 cessar a pulverização empregada no controle da malária em pelo menos uma ilha importante, para ajudar a doença a espalhar-se pela população revoltosa. "Há muita malária por aqui, de modo que paramos de pulverizar", diz-se que o comandante militar filipino declarou. "Mas cedo ou mais tarde os rebeldes estarão fracos demais para lutar"⁵².

No Paquistão, um novo programa do Governo paquistanês e da USAID pode limitar a explosiva expansão da malária e aumentar seu controle³. Porém, mesmo que se consiga isso, per-

manece o fato de que permitiu-se que durante muitos anos a saúde pública se deteriorasse, e a malária atingisse mais de dez milhões pessoas. Fossem quais fossem as motivações exatas das autoridades ligadas a esses ou aqueles países onde a malária pôde se expandir, a "natureza" evidentemente teve permissão para "cobrar sua taxa" no caso da malária, assim como no caso da seca do Sahel e da enchente em Bangladesh.

Neste ponto devemos nos lembrar que em outros países do Terceiro Mundo, especialmente aqueles que estão se tornando centros importantes de acumulação de capital (como Brasil, Irã, Arábia Saudita, etc.), os programas de erradicação ou controle da malária estão sendo impulsionados com presteza, ajudando a acentuar o novo padrão emergente de desenvolvimento e subdesenvolvimento.

Que é que podemos concluir disto tudo? Em primeiro lugar, acentuando ou não a análise da última parte deste trabalho (que o descontrole da malária é talvez parte de uma estratégia das empresas internacionais para restabelecer as condições de crescimento), as evidências apresentadas na segunda parte, da inação governamental, apesar da crescente necessidade e da disponibilidade de recursos, certamente demandam um esforço para se inverter as tendências atuais. Em segundo lugar, o material histórico examinado sugere que quaisquer esforços para a mudança da situação presente têm que levar em conta o papel muito importante desempenhado pela política na história da constituição dos programas de controle e erradicação da malária. Temos que ser francos e reconhecer que de vários modos a malária é uma doença política. Há muito tempo, quando suas causas e os métodos de sua prevenção eram desconhecidos, um governo poderia ter desculpas para a inação. Hoje, como já vimos, não apenas ela é uma doença dos pobres, cujos métodos de prevenção são bastante conhecidos, e o custo do controle é relativamente baixo. Mais ainda, as evidências históricas sugerem também que agora, e já há muito tempo, o elemento principal para convencer empresas e governos a investir na expansão da saúde pública

não tem sido apelos humanitários, e sim a pressão popular - freqüentemente na forma de lutas sociais.

Para as vítimas da malária, tanto atuais quanto potenciais, nas áreas onde ela está se espalhando e nas áreas às quais ela pode se espalhar, a situação atual parece exigir uma campanha pública que exerça pressão política para obter através do governo uma transferência de recursos das empresas para a saúde, suficientes para financiar a erradicação da doença.

Para os que trabalham na saúde pública, como comentei no início, a situação atual deve provocar perguntas difíceis. Nos períodos de desenvolvimento, em que a propagação de programas de saúde pública foi útil às metas gerais das empresas ou do governo, vimos que os interesses desses sanitaristas podiam coincidir ou, pelo menos, ser em parte compatíveis com essas metas (K). Mas nos períodos de subdesenvolvimento, como o atual, quando a política governamental em algumas áreas relega os programas de saúde pública a um nível de pouca prioridade e permite que eles estagnem ou declinem, então os que trabalham na saúde pública têm que reconhecer que suas preocupações são inversas às práticas públicas, e que eles devem estudar alternativas a simplesmente trabalhar "dentro" das próprias estruturas organizacionais que estão sendo negligenciadas. As espécies de alternativas possíveis requerem uma exploração que ultrapassa os limites deste artigo, cujo propósito é simplesmente chamar atenção para a questão. Mas as opções claramente vão desde tomar parte em uma ampla campanha específica para mobilizar a opinião pública até o tipo de participação na luta política revolucionária, como um Norman Bethune ou um Franz Fanon. Uma coisa é certa: hoje, como sempre, não há terreno neutro.

Não há dúvida de que hoje em dia muitos especialistas em malária, e outros sanitaristas, sentem muita raiva e frustração ao observarem os resultados de anos de trabalho sendo perdidos. Porém tais sentimentos quando permanecem individualizados tornam-se impotentes e levam apenas a mais frus-

tração. Para os que trabalham na saúde pública (como também para todas as pessoas), somente é possível acelerar, efetivamente, a inversão dessa política atuando política e profissionalmente, denunciando tal situação e protestando contra a política de subdesenvolvimento.

NOTAS

- (A) A USAID, que já financiou programas em mais de 30 países, tinha em 1972 seu apoio reduzido a apenas cinco, apesar dos protestos, por parte de seus especialistas em saúde pública, de que tal fato poderia ser desastroso. A UNICEF praticamente extinguiu seu apoio de conveniência ao combate a malária em 1973, e a Organização Pan-Americana de Saúde reduziu também em grande parte a ajuda aos programas antimaláricos por falta de fundos².
- (B) Exemplos de custo per capita: Índia, 6 centavos (de dólar) em 1962, que caíram para 2 centavos em 1973; Paquistão, 4 centavos em 1972 e 8 centavos em 1973; Tailândia, 26 centavos em 1970 e 43 centavos em 1971. Para outros, ver Bibliografia, números 4 e 9.
- (C) Parte do material histórico usado neste artigo é adaptado da tese de doutorado do autor¹³.
- (D) Obtive uma cópia deste relatório através de um requerimento ao Departamento de Estado americano, baseado no Freedom of Information Act (Decreto de Liberdade de Informação).
- (E) Com base em comunicações pessoais com o Dr. Hyde e o Sr. Johnson, que foram ambos muito prestimosos em ajudar-me a reconstruir a história desse relatório e o papel de ambos nele.

- (F) O Sr. Johnson declarou-me que esta citação vem de uma discussão entre D.K. Visnawathan e um vice-presidente da Fundação Rockefeller, registrado na ref. nº 45 da Bibliografia.
- (G) Esses tipos de lutas de trabalhadores rurais e urbanos devem ser distinguidas das atividades inspiradas pelo Partido Comunista. Confundir as duas coisas, como a política externa americana costuma fazer, não somente dá aos comunistas mais crédito do que eles merecem, como também esconde o fato de que a principal preocupação das empresas é com qualquer instabilidade social que ameace a base de crescimento, acumulação e lucros.
- (H) A análise que se segue está bem mais detalhada na ref. nº 46 da bibliografia.
- (I) Deve-se observar que, para que um "ciclo de lutas" exista, só deve ser estabelecida a coexistência e as interligações entre uma série de lutas diferentes, e não uma conspiração, comunista ou não.
- (J) Do mesmo modo, o importante aqui não é a existência de conspiração, e sim a dúvida se um conjunto de mudanças na política de várias empresas e governos (aumento do preço do petróleo, os negócios com o cereal russo, a desvalorização do dólar, etc.) constitui um todo bastante consistente, cujo impacto possa ser visto como geralmente favorável às empresas e desfavorável aos trabalhadores.
- (K) Em casos como os daqueles médicos que serviam de espiões para os poderes coloniais, ou do Dr. Tom Dooley, que juntou-se com entusiasmo à cruzada anticomunista, usando a Medicina como arma, eu diria que havia uma coincidência de interesses entre os sanitaristas e o governo. Em outros casos, em que os sanitaristas tinham metas humanitárias dentro de programas cujo papel político geral eles estavam dispostos a aturar ou ignorar, eu diria que havia compatibilidade.

BIBLIOGRAFIA

1. SINHA, N.P.: "Malaria Erradication: What Went Wrong?"
Economical and Political Weekly. 26 de junho de 1976.
2. United States Agency for International Development:
"Malaria Erradication Programs", Relatório de auditoria nº 76-348. 7 de maio de 1976, p. 40.
3. "Malaria Makes a Comeback", em War on Hunger IX [10]:
27-29. Outubro de 1975, p. 27.
4. "Development of the Anti-Malaria Program", Organização Mundial de Saúde, Junta Executiva, 55ª Sessão, ítem 2.9.13 da Agenda. Dezembro de 1974.
5. Farid, M.A.: "The World Malaria Situation", ítem nº 2 da Agenda, Conferência UNEP/OMS sobre Métodos Bio-Ambientais de Controle da Malária, documento MAL/WP/75.2, Lima. 10-15 de dezembro de 1975.
6. BROWN, A.W.A., HAWORTH, J. e ZAHAR, A. R.: "Malaria Eradication and Control from a Global Standpoint: A Review Article". J. Med. Entomol. 13 [1]. 1976, p. 1-25.
7. RUSSEL, P.: Man's Mastery of Malaria. Nova York, Oxford University Press. 1955.

8. "The Work of WHO (Annual Report)". Arquivos Oficiais da Organização Mundial de Saúde, nº 229. Genebra. 1976.
9. "Report of the Evaluation in-Depth of the Nacional Malaria Eradication Programme of India". Novembro de 1970. (mimeografado).
10. "India Seeking New Medications to Combat Revived Diseases". New York Times. 28 de outubro de 1974.
11. "Review of Malaria Situation in India" (documento redigido pelo Governo da India). OMS, SEA-RC28. 19 de julho de 1975.
12. "Malaria Control in Countries Where Time-Limited Eradication is Impracticable at Present". Relatório de uma conferência inter-regional da OMS. WHO Tech. Rep. Ser. nº 537. 1974.
13. CLEAVER, H.: The Origins of the Green Revolution. Tese de Ph.D., Universidade de Stanford, 1975. (inédito).
14. BOCCACIO, M.: "Ground Itch and Dew Poison, The Rockefeller Sanitary Commission, 1909-14". J. Hist. Med. Janeiro de 1972, p. 30-53.
15. Relatório Anual, Fundação Rockefeller. Nova York. 1923, p. 88.
16. FOSDICK, R.B.: Adventure in Giving: The Story of the General Education Board. Nova York. Harper and Row. 1962.
17. Internacional Cooperation Administration Expert Panel on Malaria: "Report and Recommendations on Malaria: a Summary". Am. J. Trop. Med. Hyg. 10 [4]. 1961, p. 451-502.

18. HEISER, V.: "An American Doctor's Odyssey". Nova York, Norton. 1936.
19. "The Fight Against Malaria in U.K. Dependencies". Governo do Reino Unido. 1960.
20. SINTON, J.A.: "What Malaria Costs India". Health Bulletin nº 26, Governo da India. 1956.
21. FANON, F.: "Studies in a Dying Colonialism". Nova York. Monthly Review Press. 1965.
22. PAUL, J.: "Medicine and Imperialism", em "Health Politics", Universidade de Nova York, 1975.
23. SALISBURY, E.I.: "Costs and Returns of Industrial Health Services", em "Industry and Tropical Health", Vol. I. 1950.
24. McCLINTOCK, J.C.: "Responsabilities of Industry for Health of Local Population Abroad", em "Industry and Tropical Health", Vol. II. 1954.
25. LEWIRTH, C.: "Sourcebook for a History of the Rockefeller Foundation", Vol. 5. Arquivos da Fundação Rockefeller. Nova York. (sem data), p. 1272.
26. ASHFORD, B.K.: A Soldier in Silence. Nova York. W. Morrow. 1934.
27. THOMPSON, K.W.: "Foreign Assistance: A View from the Private Sector". University of Notre Dame Press. Universidade de Notre Dame. p. 11-12. 1972.
28. GATES, F.T.: "Philanthropy and Civilization - Memo to the Foundation Board of Directors". Gate Papers, Arquivos da Fundação Rockefeller, Nova York. 1923.

29. FOSDICK, R.: The Story of the Rockefeller Foundation. Nova York. Harper. 1952.
30. BALDI, G.: "Thesis on the Mass Worker and Social Capital". Radical America 6 [1]. 1972, p. 3-21.
31. TRONTI, M.: "Workers and Capital". Telos nº 14. Inverno de 1972-1973.
32. BECKER, G.: "Human Capital". National Bureau of Economic Research. Nova York. 1965.
33. CAFFENTZIS, G.: "Throwing away the Ladder: The Universities in Crisis". Zero work nº 1. Dezembro de 1975, p. 127-141.
34. SCHEER, R.: "Hang Down your Head, Tom Dooley". Ramparts, janeiro-fevereiro de 1965.
35. WEISSMAN, S.: "Tom Dooley-CIA". Pacific Research and World Empire Telegram. Junho de 1972.
36. SIMMONS, J.S.: Discurso de Boas-Vindas na Conferência sobre Problemas de Saúde em Indústrias Operando em Países Tropicais". Harvard School of Public Health, em Industry and Tropical Health, Vol. I. 1950, p. 13.
37. BINGHAM, J.B.: "Shirt-Sleeve Diplomacy: Point 4 in Action", John Day. Nova York. 1953, p. 19-23 e 82-103.
38. BRAFF, E. e WINKLESTEIN, W.: "Field Treatment of Trachoma in North Vietnam". Public Health Rep. 67 [12]. 1952, p. 1233.
39. TIGERTT, W.D.: "Present and Potencial Malaria Problems", em "Research in Malaria", editado por E.H. Sandum, Suplemento Especial nº 9, Milit. Med., Vol. 131. Setembro de 1966.

40. "Malaria Eradication, Special Report to the President".
International Development Advisory Board. 13 de abril
de 1956.
- 40a. Ibid., p. 8.
- 40b. Ibid., p. 10.
41. "U.S. Gives \$7 Million to Malaria Eradication Campaign".
Boletim do Departamento de Estado dos Estados Uni-
dos. 23 de dezembro de 1957, p. 1000-1003.
42. HALVERSTON, W.L.: "Suggestions Regarding Malaria Era-
dication and Urban Sanitation". International De-
velopment Advisory Board. 20 de dezembro de 1955.
Documentos de W.I. Meyers (Box 6, 21/2/466), Arqui-
vos da Universidade de Cornell, Ithaca. Nova York.
43. EISENHOWER, D.D.: "Mensagem anual ao Congresso sobre o
Estado da União", 9 de janeiro de 1958. Em "Public
Papers of the Presidents: D.D. Eisenhower". 1958,
p. 13.
44. International Development Advisory Board. Summary Mi-
nutes, 13 de abril de 1956. Documentos de W.I. Meyers
(Box 6, 21/2/466), Arquivos da Universidade de Cornell,
Ithaca. Nova York.
45. VISNAWATHAN, D.K.: "The Conquest of Malaria in India: An
Indo-American Co-operative Effort". Company Law
Institute Press. Madras. 1958.
46. Zerowork nº 1 (o número inteiro). Dezembro de 1975.
47. MONTANO. M.: "Notes on the International Crisis". Ze-
rowork nº 1. p. 32-59. Dezembro de 1975, p. 51.

48. CLEAVER, H.: "Food, Famine and the International Crisis".
Zerowork nº 2. Junho de 1977.
49. MATTERA, P. e DEMAC, D.: "Developing and Underdeveloping
New York City". Zerowork nº 2. Junho de 1977.
50. CLEAVER, H.: "The Internationalization of Capital and
the Mode of Production in Agriculture". Economic and
Political Weekly. 27 de março de 1976, p. A1-A6.
51. DURDIN, T.: "Drive to Pacify Southern Phillipine Moslem
is Begun". New York Times. 11 de dezembro de 1972.
52. STERBA, J.P.: "Manila is Using Malaria Mosquitos to
Fight Rebels". New York Times, 29 de março de 1973.